



O PAPEL NORTEADOR DO PLANEJAMENTO CLÍNICO NO CONTEXTO DA FILOSOFIA CLÍNICA

LE RÔLE DE GUIDE DE LA PLANIFICATION CLINIQUE DANS LE CONTEXTE DE LA PHILOSOPHIE CLINIQUE

Josué Julien*

RESUMO

Este artigo analisa a função dos planejamentos clínicos dentro da filosofia clínica a fim de estabelecer suas conexões com outros procedimentos: historicidade, bases categoriais, dados divisórios, enraizamentos, estrutura de pensamento e submodos. Ele consiste numa revisão bibliográfica dedutiva, trazendo elementos que mostram a função norteadora dos mesmos. Seus objetivos são: I) correlacionar o planejamento clínico a um planejamento científico; II) discutir como o planejamento clínico atua como norteador; III) justificar a relação do planejamento clínico com os outros procedimentos.

Palavras-chave: Filosofia Clínica; terapia; Covid-19; saúde mental; planejamentos clínicos.

RÉSUMÉ

Cet article analyse le rôle des planifications cliniques dans le contexte de la philosophie clinique pour pouvoir établir ses relations avec les autres procédures: historicité, bases catégorielles, données de divisions, enracinement, structure de la pensée et sous-modes. Il adopte une méthodologie bibliographique-déductive, apportant des éléments qui montrent le rôle de guide de la planification clinique. Cet article a pour objectif: I) corrélationner la planification clinique avec une planification scientifique; II) Discuter comment la planification clinique agit comme guide; III) Justifier la relation de la planification clinique avec les autres procédures.

Mots clés: Philosophie Clinique; thérapie; Covid-19; santé mentale; planification clinique.

1 INTRODUÇÃO

O Mito da Caverna¹, ou Alegoria da Caverna, de Platão, descreve um exemplo de atitude crítica, onde o primeiro liberto (aquele que decidiu sair da caverna e conhecer/enfrentar o mundo) fez uso dessa postura. Essa rebeldia somada à vontade de saber cada vez mais, levou-o a um lugar desconhecido até então: a realidade. Tal atitude se fez presente na vida de muitos pensadores e cientistas ao longo da história, podendo ser traduzida como uma característica humana, responsável por tal movimento. Dessa

¹ [...] O mito sobre prisioneiros que foram colocados no fundo de uma caverna desde o nascimento, acorrentados no pescoço, nos braços e nos pés, de maneira que não conseguem mover-se de um lado para o outro. Eles não podiam nem se levantar e nem virar a cabeça para baixo, passando o tempo todo olhando para a parede ao fundo que é iluminada por uma fogueira que fica atrás deles numa parte mais alta. Atrás deles tem um grande muro e atrás deste muro pessoas carregam objetos, estátuas de pessoas, animais, plantas e outros objetos, que devido à luz da fogueira, as sombras são refletidas no fundo da caverna. Os prisioneiros ficam analisando e conversando entre si as imagens refletidas na parede, dando nomes às imagens, porque para eles, que desconhecem o que existe atrás deles, pois desde crianças estão na mesma posição, essas sombras são os próprios objetos. Disponível em: <https://blogdoenem.com.br/mito-da-caverna-platao-enem/>. Acesso em: 03 jun. 2023.



forma, essa atitude crítica², se caracteriza por ser parte componente daquilo que conhecemos como atitude filosófica. Sobretudo, o significado da palavra ‘crítica’ está em desacordo com o senso comum de que a mesma é uma resposta ruim ao que realizamos, ou ainda, uma tentativa de inferiorização, já que ela tem origem no grego *krinein*³, o qual está ligado à ideia de ir à raiz do problema para tentar entendê-lo, ou seja, realizar uma análise, intrinsecamente ligada à capacidade de julgar, tomar decisões, escolhas, sem fazer o uso de pré-conceitos ou de pré-juízos.

A atitude crítica exige, portanto, o trabalho de estudar, de procurar saber. Essa crítica, por sua vez, questiona os conhecimentos que até então julgávamos serem suficientes para a nossa vivência, mas, que já deixam de ser. Portanto, o questionar consiste na síntese da atitude filosófica, sintetizado no verbo ‘perguntar’, o qual, está representada nos pensamentos socráticos: “Conhece-te a ti mesmo” e “Sei que nada sei”.

Dessa forma, podemos dizer que filosofar é, por si só, uma atitude filosófica, sendo filósofo quem se distancia das relações para melhor entendê-las. Como exemplo dessa discussão sobre a atitude filosófica, citamos um pensamento do antropólogo e educador brasileiro Darcy Ribeiro, que diz que: “**Pensar é questionar o óbvio**” (Assmann, 2009). Isso evidencia o fato de que a atitude filosófica se confunde com a própria atitude crítica, mas, como supracitados, são coisas distintas, pois a atitude filosófica fornece uma melhor forma de perceber o que estamos querendo conhecer, enquanto que a atitude crítica é parte componente da atitude filosófica.

Em 1977 o filósofo francês Pierre Hadot⁴ publicou um artigo intitulado ‘Exercícios espirituais e filosofia antiga’, transformando-se em livro posteriormente. Após, Hadot publicou o livro ‘O que é Filosofia Antiga’, condensando boa parte do seu pensamento, desenvolvido ao longo dos anos. Nessa obra, o autor argumenta que existe uma diferença significativa e profunda entre a representação realizada pela filosofia antiga em contraste com a representação realizada pela filosofia contemporânea.

² Neste trabalho alguns termos que vão aparecer, são usados para uma melhor compreensão do leitor, porém os mesmos não são usados em filosofia clínica, visto que alguns deles se referem a normalidade, o que a filosofia deixa de lado.

³ *Krinein* significa capacidade de separar para distinguir, capacidade de entender, estudar, examinar e ainda outros sentidos que nos servem construtivamente: capacidade de julgar, decidir, escolher, isso tudo sem pré-juízos, sem preconceitos.

⁴ Pierre Hadot (Paris, 21 de fevereiro de 1922 – Orsay, 24 de abril de 2010) foi um filósofo, historiador e filósofo francês, especialista em Filosofia helenística e Platonismo. Em sua obra recupera a ideia da filosofia como um modo de vida. Ele atribui um significado filosófico e não religioso ao termo “exercício espiritual”, que consiste em “uma prática pessoal e voluntária, destinada a provocar uma transformação do indivíduo, uma transformação do eu”. Disponível em: https://pt.wikipedia.org/wiki/Pierre_Hadot. Acesso em: 14 maio 2023.



Enquanto a filosofia contemporânea se debruça num esforço da construção original/sistemática/abstrata de um sistema filosófico, em contrapartida, a filosofia antiga faz um discurso filosófico (atitude filosófica) que se originou numa escolha de vida, ou ainda, numa opção existencial. Essa, por sua vez, não é uma ação que se faz/realiza de forma individual, mas, segundo as antigas ‘escolas filosóficas’, transcorre de forma coletiva, em comunidades, ou ainda, em grupos. Consequentemente, esta ideia está intimamente ligada a uma forma ou maneira de viver. Essa maneira de viver, sobretudo, está associada a uma busca incessante por sabedoria (atitude filosófica). Essa busca, na interpretação filosófica proposta por Hadot, representa “um exercício preparatório para a sabedoria”:

Quero dizer que o discurso filosófico deve ser compreendido na perspectiva do modo de vida no qual ele é ao mesmo tempo o meio e a expressão e, em consequência, que a filosofia é, antes de tudo, uma maneira de viver, mas está estreitamente vinculada ao discurso filosófico. Um dos temas fundamentais deste livro será a distância que separa a filosofia da sabedoria. A filosofia não é senão o exercício preparatório para a sabedoria. (Hadot, 1999, p. 18).

Essa filosofia como ‘maneira de viver’, ou ainda, como ‘modo de vida’, pode ser explorada dentro das principais antigas ‘escolas filosóficas’, como, por exemplo: socrática, platônica e aristotélica.

Em ‘Apologia de Sócrates’, a ideia de que Sócrates era o homem mais sábio gerou um debate, por parte do mesmo, de que todas as pessoas possuem sabedoria. Entretanto, aquelas que acreditam já saber tudo, na verdade não sabem nada. Por isso, o oráculo de Delfos responde a Querofonte que Sócrates é o mais sábio por estar ciente de que não sabe tudo. Dessa forma, ele tem noção da finitude da sua sabedoria: “Só sei que nada sei”. Desde então, Sócrates toma como objetivo de sua vida fazer com que os outros possam adquirir tal consciência: do nada saber. Isso ficou conhecido como ‘ironia socrática’ (atitude filosófica).

Para Hadot, os diálogos socráticos levam a aporias⁵, atestando, consequentemente, a impossibilidade de uma conclusão, possibilitando, dessa forma, uma transformação do indivíduo e não a busca por um saber seguro/óbvio.

⁵ Aporia (gr. *aporia*: impasse, incerteza): 1. Dificuldade resultante da igualdade de raciocínios contrários, colocando o espírito na incerteza e no impasse quanto à ação a empreender. 2. Dificuldade irreduzível, seja numa questão filosófica, seja em determinada doutrina. Em outras palavras, dificuldade lógica insuperável num raciocínio. uma objeção ou um problema insolúvel: tudo o que faz com que o pensamento não possa avançar. Ex.: os vínculos entre o espírito e o corpo constituem uma aporia para a maior parte das doutrinas filosóficas. (Japiassú; Marcondes, 2008, p. 16).



Sócrates leva seus interlocutores a examinar-se, a tomar consciência de si mesmos. Como "um tавão", fustiga seus interlocutores com questões que os põem em questão, que os obrigam a prestar atenção a si mesmos, a tomar cuidado consigo mesmos. (Hadot, 1999, p. 55).

Assim, para Hadot, o objetivo principal não é questionar os saberes (sabedoria) que setem ou se acredita possuir, mas, questionar a si mesmo e aos valores que nos conduzem ao longo da vida. Dessa forma, o filósofo pode contribuir como intermediário da singularidade do ser e aquilo que o mesmo almeja/deseja, mas que o seu não saber não permite ("Sei que nada sei").

Já no pensamento de Platão existe uma forte intenção política, onde a mudança política ocorre através da educação filosófica, conforme cita Hadot: "A filosofia pode realizar-se só pela comunidade de vida e de diálogo entre mestres e discípulos no seio de uma escola." (Hadot, 1999, p. 91). Para Hadot, a ideia de Platão é sustentada pela dialética, também conhecida como 'dialética platônica'⁶. A mesma pode ser definida como "uma técnica de discussão submetida a regras precisas." (Hadot, 1999, p. 98). A dialética platônica era a base do domínio da palavra (conhecimento), proporcionando ao indivíduo uma capacidade maior de desempenhar um papel importante na cidade (sociedade-base categorial), possibilitando a esse indivíduo a superação do seu ponto de vista, colocando-se no lugar do outro (reciprocidade-recíproca de inversão), e consequentemente, reconhecendo uma verdade que é independente de ambos os interlocutores, submetendo-se a uma autoridade superior: logos (relação-interseção). Portanto, a escola filosófica platônica permite/consiste no trabalho sobre si, na superação de si mesmo.

Por sua vez, Aristóteles propôs uma distinção entre a felicidade que o homem pode encontrar na vida política (na cidade – base categorial) e a felicidade filosófica, que está presente em um estilo de vida consagrado e dedicado à atividade do espírito.

Para Aristóteles, a vida segundo o espírito se constitui na parte mais elevada do

⁶ A dialética de Platão é um modo (método) de conhecer, de filosofar, através da mediação de conceitos (ideias). Assim, 'dialética' é muito mais do que uma técnica de pergunta e resposta, mais do que uma mera 'investigação lógica' ou demonstração no sentido matemático, mais do que diálogo empírico, é o 'caminho' que conduz à posse da verdade, o 'exercício' de desprendimento do sensível para alcançar o inteligível, especialmente a Ideia de Bem. É a preparação para a sabedoria. A dialética enquanto modo de pensar e conhecer não se dá numa simples definição e num único momento. Ela pressupõe um aprendizado, um desenvolvimento e um amadurecimento intelectual e emocional. A lição desse processo está nos diálogos de Platão, os quais tiram proveito da forma literária e dos ensinamentos por etapas, apresentando a dialética em sua formação e, ao mesmo tempo, mostrando suas relações com as questões filosóficas relevantes, de modo direto, como no diálogo Sofista e, de modo indireto, como no Teeteto, mas sempre presente, como a seiva que vivifica o sistema. (Paviani, 1995, p. 729).



homem, conduzindo-o ao que ele chama de “prazeres maravilhosos”. Analisando nesta perspectiva, Aristóteles propõe que se trata de um modo de vida “teorético”, não devendo ser confundido com um modo de vida teórico, discutido por Hadot⁷:

Na linguagem moderna, “teórico” opõe-se à “prático”, como o que é abstrato, especulativo, em oposição ao que tem relação com a ação e o concreto. Poder-se-á, portanto, nessa perspectiva, opor um discurso filosófico puramente teórico a uma vida filosófica praticada e vivida. Mas o próprio Aristóteles só emprega a palavra “teorético”, e a utiliza para designar, por um lado, o modo de conhecimento que tem por fim o saber pelo saber e não um fim exterior a si mesmo e, por outro, o modo de vida que consiste em consagrar sua vida e a esse modo de conhecimento. Neste último sentido, “teorético” não se opõe a “prático”; em outras palavras, “teorético” pode aplicar-se a uma filosofia prática, vivida, ativa, que leva à felicidade. (Hadot, 1999, p. 124).

De certo modo, assim como no pensamento platônico, no aristotélico também se observa que existe uma elaboração de um curso, que não está interessado simplesmente em informar homens, mas em uma formação ampla do seu modo de vida (teorético).

Assim, essas escolas filosóficas possuem certa convergência, desde a ‘ironia socrática’ da percepção da consciência de si mesmo, passando pela ‘dialética platônica’ que propõe a relatividade do conhecimento, e chegando até a visão aristotélica, onde um modo de vida ‘teorético’ é proposto. Hadot descreve que essa convergência se resume a uma ‘maneira de viver’. Para ele, a questão crucial é de que “cada escola se define por uma escolha de vida, por uma opção existencial.” (Hadot, 1999, p. 154).

Essa ‘maneira de viver’, pode estar associada com aquilo que foi denominado anteriormente de ‘atitude filosófica’, viés pelo qual o ser pode buscar alternativas para se conhecer melhor, isto é, “Conhece-te a ti mesmo”, buscando respostas às questões existenciais que permeiam esse ser. Dessa forma, a filosofia pode ajudar na busca por respostas a essas questões (maneira de viver).

É nesse contexto que surge a Filosofia Clínica (FC)⁸, apresentando-se como uma terapia, elencada dentro de um conjunto de terapias consideradas como não tradicionais, que visa⁹ oferecer ferramentas e/ou alternativas, viabilizando, portanto, que *o ser* possa elaborar e/ou reelaborar caminhos que se constituam como alternativos aos

⁷ A vida teórica pressupõe uma ética que consiste em escolher como fim apenas o conhecimento, sem perseguir algum outro interesse egoísta ou particular. Temos uma ética da objetividade. Uma ética fundada em uma paixão pela realidade em todos os seus aspectos (sejam eles, humildes ou sublimes). (Hadot, 1999, p. 124).

⁸ Neste trabalho não discutiremos a Filosofia Clínica em si, já que isso foi feito em outros trabalhos do autor.

⁹ Considerando-se a singularidade e particularidade de cada sujeito, auxiliando-o na busca por alternativas.



convencionais, alterando o seu *status quo*¹⁰. Portanto, a filosofia clínica apresenta-se como uma terapia contemporânea, atual, permitindo que essa ‘maneira de viver’ seja incorporada, procurando abordar temas que acompanham essa contemporaneidade.

Para que essa terapia possa transcorrer de forma singular, um planejamento adequado deve ser executado com maestria, isto é, dentro da Filosofia Clínica o planejamento se constitui como uma necessidade para que o andamento dos procedimentos que fazem parte da clínica possam transcorrer conforme a singularidade do ser. Esse planejamento, na Filosofia Clínica, é conhecido como **planejamento clínico**.

O objetivo deste trabalho é estudar e discutir essa etapa da clínica, esclarecendo a forma como o planejamento clínico é executado, bem como as suas conexões (inter-relações) com os outros procedimentos da clínica e como os mesmos se realizam.

2 AFINAL, O QUE É PLANEJAMENTO CLÍNICO?

Toda pesquisa deve possuir com clareza um caminho pelo qual ela deve percorrer e se desenvolver, transcorrendo dentro de determinados processos e delimitações, ou seja, toda pesquisa deve ter um planejamento, com método e metodologia coerentes e concisos. Esse planejamento, todavia, se tornará um guia onde essas idéias estejam organizadas de forma sistemática, como relata Castro e Clark:

Entender o planejamento da pesquisa como um processo estruturado que se inicia com a ideia brilhante e encerra-se com a elaboração do projeto de pesquisa, é importante para a etapa de execução da pesquisa que virá em seguida. A estruturação de cada uma das etapas e a sistematização são provavelmente os maiores avanços nesta área. Quanto maior o tempo gasto no planejamento, menor serão os problemas que surgirão. Por isso, o tempo gasto no planejamento será fundamental para produzir uma pesquisa de boa qualidade. (Castro; Clark, 2001, p. 8).

De acordo com os autores, o tempo usado para o planejamento é um tempo precioso, pois ele é um indicador da qualidade do projeto de pesquisa. Isso faz com que o planejamento seja uma peça fundamental no processo de pesquisa científica. Embora a

¹⁰ É um latinismo que significa ‘no estado das coisas’, por trata-se de uma redução da frase *in statu quo res erant ante bellum*, que significa: “no estado em que as coisas se encontravam antes da guerra”. Essa redução passou a ser usada também na forma *status quo*, menos aceita pelos lexicógrafos, para significar “o [presente] estado das coisas”. Posteriormente, a expressão passou a ser empregada para designar o estado em que algo se encontra no presente ou, genericamente, o presente estado das coisas, como em ‘manter o *statu quo*’, ‘defender o *statu quo*’, “mudar o *statu quo*” ou ‘considerando o *statu quo*’. Disponível em: https://pt.wikipedia.org/wiki/Status_quo. Acesso em: 20 dez. 2022.



pesquisa realizada dentro da FC não seja uma pesquisa científica de fato, o tempo¹¹ também tem sua relevância própria e o mesmo planejamento adotado na pesquisa científica é usado por ela, fazendo com que os processos sejam devidamente organizados, contínuos e dinâmicos, ao longo do tempo, norteando, assim, todo o transcorrer do processo clínico. Isso é descrito por Paulo & Niederauer:

O planejamento clínico é um processo contínuo e dinâmico, que consiste em um conjunto de procedimentos intencionais mesclados, integrados e orientados para as questões autogênicas do partilhante. O objetivo central é traçar uma direção, saber para onde se dirige. Assim como a metodologia da FC é uma bússola que norteará o processo, o planejamento é o caminho a ser percorrido. (Paulo; Niederauer, 2013, p. 266).

Dessa forma, o primeiro passo para elaborar o planejamento clínico se estabelece quando a colheita da historicidade é realizada. Através dela é que será construída uma sequência de procedimentos e suas respectivas etapas da FC, a saber:

- I. Dados divisórios (primeira e segunda leva);
- II. Enraizamento;
- III. Bases categoriais [assunto (imediate e último), lugar, tempo e circunstância];
- IV. Estrutura de pensamento;
- V. Submodos.

Na terceira parte deste manuscrito será feita uma discussão com relação a cada um dos itens enunciados na sequência acima descritos e a suas respectivas conexões com o planejamento clínico em si.

Portanto, pode-se dizer que o planejamento clínico é o momento em que a prática de todo o processo clínico é organizada. Ele é dinâmico, contínuo e orientado ao longo de toda a clínica.

2.1. QUANDO COMEÇA OS PLANEJAMENTOS CLÍNICOS?

A discussão acerca do planejamento clínico diverge, segundo alguns autores,

¹¹O tempo é considerado, na FC, uma categoria. Para Packter: “Interessa saber qual o relacionamento entre o tempo convencional (afixado no relógio) e o tempo subjetivo. O tempo realmente considerável é o que a pessoa tem representado em si mesma. Esta categoria também deve ser tomada associada às demais. Ela informa como a pessoa relaciona seu código temporal interno em direção ao tempo convencional na sociedade humana.” (Packter, Caderno A, p. 34-35). Essa descrição de Packter refere-se ao que ele chama de **categoria tempo**.



quanto ao momento em que o mesmo vem (antes ou depois da determinação dos procedimentos da FC)¹². Por exemplo, Paulo & Niederauer consideram que o planejamento clínico vem depois da identificação dos submodos informais usados pelo partilhante, considerando que deve-se ter a visão do todo, para depois disso poder elaborar os planejamentos clínicos:

Porém, antes do planejamento clínico, temos que ter a visão do todo, como: assunto imediato, historicidade, exames categoriais, estrutura de pensamento, autogenia-tópicos determinantes e importantes, submodos e informais. (Paulo; Niederauer, 2013, p. 266).

Entretanto, outros autores identificam que o planejamento clínico inicia logo após a colheita da historicidade, fazendo com que os planejamentos clínicos tornem-se elementos norteadores no transcorrer do processo, atuando como guia dos procedimentos que serão trabalhados posteriormente, durante a clínica.

Isso pode ser observado em Packter: “O planejamento, em resumo, representa a organização, funcionamento, direcionamento e estrutura da atividade.” (Packter, Caderno N, p. 75).

Neste trabalho, se adotará a visão de que o planejamento clínico é a base da construção dos procedimentos que compõem o processo terapêutico, isto é, que o planejamento clínico nasce da colheita da historicidade e atua como guia, pois é através dele que o terapeuta montará a sequência de trabalho a ser feita para um melhor entendimento e/ou melhor análise da historicidade, e, conseqüentemente, lhe proporcionar condições/alternativas necessárias para poder ajudar o partilhante na sua tentativa de trilhar novos caminhos existenciais.

Após a colheita da historicidade, faz-se o primeiro planejamento, baseado na mesma. A seguir, o terapeuta elabora uma primeira abordagem.

Concomitantemente a essa primeira abordagem, o terapeuta reorganiza todo o processo (de forma dinâmica e contínua), não seguindo uma linha fixa, determinística, e estática, mas que sofre alterações no transcorrer do seu percurso.

Tal processo pode ser compreendido com o auxílio de Packter, na seguinte passagem do seu Caderno N:

¹² A divergência aqui citada não se refere a uma divergência na aplicação do método da filosofia clínica, mas do modelo organizacional que se refere ao modelo padrão, didático, epistemológico com o qual se ensina a filosofia clínica (ele é estático, fixo, posicional) e o modelo funcional que é relacionado a práxis da filosofia clínica, se aproxima da maneira como as coisas são na clínica (é dinâmico e móvel).



Há uma lição aqui que eu quero aproveitar: a noção acadêmica de cura, a que acha que existe um processo ordenado em que a terapia segue moldes fixos de início, meio e fim, de maneira sistematizada, isso não existe. O que aprendi é que a pessoa vem ao filósofo com alguma inconveniência existencial da qual quer se ter livre, e ao conseguir isso, ela retorna a si mesma de outra maneira; os pequenos choques na malha intelectual, que são o próprio modo de funcionamento dela, seguem, e tudo bem porque é assim que a máquina humana funciona, ao que parece. No início da Filosofia Clínica eu acreditava que a pessoa ficaria comigo muito depois disso, achava que ela gostaria de trabalhar as questões mais amplas da filosofia, como a identidade, o sentido da existência, a relação com o oculto etc. Que nada! Na realidade, a prática me mostrou que ao organizar a Autogenia de um modo que funcione bem para os critérios da pessoa, isso normalmente significa o término da terapia. Há exceções, muitas, e isso me agrada. (Packter, caderno N, p. 69).

Mas, afinal, quando começa o planejamento clínico?

O planejamento clínico se inicia, conforme discutido anteriormente, da análise da colheita da historicidade, onde o terapeuta organiza de forma sistematizada as ações que pretende realizar, conforme os dados compartilhados pelo partilhante. Isso deve transcorrer de forma dinâmica e contínua, buscando aperfeiçoar os processos e formas de condução dos procedimentos da FC, para que, ocorra uma extração de dados congruente e coesa, e, posteriormente, uma melhor identificação das questões existenciais, motivo o qual o levou a buscar na terapia filosófica clínica uma forma de lhe ajudar na procura por alternativas, a fim de (con)viver melhor com essas questões existenciais.

Dessa forma, pode-se dizer que o planejamento clínico é o processo que se inicia logo após a colheita da historicidade relatada pelo partilhante, e que se amplia ao longo do transcorrer das etapas da clínica. Pois é somente através de todo esse processo (da colheita da historicidade, das bases categorias, dos dados divisórios, identificação dos tópicos da estrutura de pensamento, aplicação submodal) que o terapeuta terá informações para poder fazer uma conexão da conjuntura que permeia todo o processo clínico.

A escuta (colheita da historicidade) deve ocorrer com o devido cuidado e a atenção necessária, dando a relativa importância aos menores detalhes, pois, deles podem advir elementos de extrema importância para a sequência da terapia.

Para finalizar este tópico, deixa-se outro questionamento, no que se refere à ligação do planejamento clínico com as etapas da clínica filosófica: qual a relação entre o planejamento clínico e os procedimentos que compõem a terapia filosófica clínica?



3 QUAL A RELAÇÃO ENTRE O PLANEJAMENTO CLÍNICO E OS PROCEDIMENTOS QUE COMPÕEM A TERAPIA DA FILOSOFIA CLÍNICA?

Após a conceitualização do planejamento clínico dentro da FC, será descrito, neste capítulo, a sua inter-relação com os procedimentos/etapas que são adotados ao longo de todo o processo terapêutico. Todavia, a discussão acerca de cada um desses procedimentos já foi realizada anteriormente em outro trabalho (artigo) do mesmo autor. Portanto, faz-se necessário uma discussão/abordagem acerca da devida sequência dos procedimentos associados aos planejamentos clínicos e suas respectivas conexões que os tornam dinâmicos, cíclicos, indefinidos e autogênicos, bem como, explorar o que resulta disso.

Como foi apontado anteriormente, os planejamentos clínicos englobam todo processo da filosofia clínica, pois, para dar sequência, de uma etapa à outra, é de extrema importância extrair o máximo de dados possíveis de todas as etapas do processo (obter a maior eficiência possível para cada etapa, levando a uma melhor localização existencial do partilhante e conseqüentemente uma melhor aplicação de submodo), buscando pela aplicação submodal mais adequada conforme a singularidade e a historicidade do partilhante, ou seja, aquela que poderá viabilizar/oportunizar/permitir uma organização e/ou uma reorganização e/ou uma reestruturação dos tópicos na estrutura de pensamento do mesmo, que irá auxiliá-lo no percurso de um novo viés, proporcionando-lhe, uma possibilidade/alternativa de poder conviver e/ou viver de uma forma mais adequada com as suas questões existenciais, força motriz que o levou até a clínica.

Dessa forma, lista-se, abaixo, os procedimentos e suas inter-relações com os planejamentos clínicos, que viabilizarão/proporcionarão a construção/elaboração de uma sequência metodológica:

1. Planejamento clínico e a historicidade;
2. Planejamento clínico e as bases categoriais;
3. Planejamento clínico e os dados divisórios da primeira e da segunda leva;
4. Planejamento clínico e os enraizamentos;
5. Planejamento clínico e a estrutura de pensamento;
6. Planejamento clínico e os submodos.



3.1 PLANEJAMENTOS CLÍNICOS E A HISTORICIDADE

Para conhecer um pouco da essência do ser humano, primeiramente é preciso que haja uma aproximação e que, dela resulte num processo de escuta, ou seja, sendo pela fala do indivíduo/ser que se pode interpretar a forma de como ele mesmo se vê inserido neste mundo (base categorial) e de que maneira ele interage com o mesmo. Assim, esse processo de escuta deve ser o passo inicial a ser dado na relação partilhante-terapeuta. Portanto, a colheita da historicidade tem um papel fundamental: é a partir dela que será dado o ponto de partida dos planejamentos clínicos. Logo, como o primeiro passo para os planejamentos clínicos é a colheita da historicidade, o primeiro tópico a ser discutido nesta série será a relação entre eles.

Conforme apresentamos em nosso trabalho intitulado **‘A inter-relação entre a historicidade e a estrutura de pensamento no âmbito da Filosofia Clínica’**¹³, disponível para quem desejar saber mais acerca do tema, a historicidade nada mais é do que o relato da história de vida do partilhante, contada por ele mesmo. Ela representa uma fonte sólida de informações, as quais realizam movimento cíclico, retomadas a todo momento pelo terapeuta, conforme descrito por Packter em seu Caderno A:

Seguramente, a historicidade é a maior fonte inicial de pesquisa para o filósofo clínico. Depois, durante toda a atividade clínica, ela se mantém como sólido alicerce. Incontáveis ocasiões acontecem para o filósofo retornar e retornar à historicidade. (Packter, 2020, p.19)

Para Pedrosa, escutar a história de vida do sujeito, organizando as informações por ele fornecidas, possibilita conhecer melhor esse sujeito:

A historicidade é o instrumento por onde geralmente começamos a conhecer o partilhante. É uma forma organizada de concatenar dados, conteúdos para que o filósofo clínico possa conhecer melhor a pessoa com quem vai trabalhar. A historicidade é a história do sujeito vista por ele mesmo. (Pedrosa, 2017, p. 18).

A forma da narrativa e o conteúdo informado pelo partilhante não tem tanta relevância quanto a interpretação de como o mesmo estrutura o seu pensamento, isto é, deve-se fazer uma filtragem dessa narrativa pelo filósofo clínico, possibilitando a ele

¹³ Trata-se do segundo, de três artigos de nossa autoria, que estão disponibilizados pela Partilhas, Revista de Filosofia Clínica do INFIC, com acesso pelo *link*: <https://www.revistapartilhas.org/>.



tentar compreender como o partilhante está estruturado, ou seja, como os tópicos se relacionam entre si na estrutura de pensamento do partilhante¹⁴, como é visto em Pedrosa:

Algumas pessoas vão narrar a sua historicidade pontuando aspectos que foram importantes para ela, outras vão contar só o que disseram delas, outras contam a historicidade pelo que ouviram falar, outras contam por aspectos irrelevantes, cada uma conta de um jeito, alguns mentem, fazem da sua historicidade um conto de fadas. O que o filósofo clínico vai tentar entender são os tópicos da Estrutura de Pensamento da pessoa através da historicidade dele. (Pedrosa, 2017, p. 18).

Fazendo uma análise profunda do conceito de colheita de historicidade, percebe-se que ela se torna a maior, ou, até mesmo, a única fonte de informação, a base, dependendo do caso, permitindo ao terapeuta conectar-se ao mundo existencial do partilhante.

A colheita da historicidade não representa meramente um processo de escuta, dentro da FC: representa algo mais complexo. Nela, o terapeuta faz uma viagem dentro de um relato único, subjetivo e singular, que descreve algo que somente aquele ser pode relatar: sua própria história de vida (existência). Essa colheita da historicidade contém informações que se transformarão, a partir da análise do terapeuta, em dados. Esses dados, por sua vez, servirão como base inicial da elaboração dos próximos procedimentos a serem trabalhados. Todavia, a somatória dessas informações possibilitam a sequência aos processos clínicos, através dos planejamentos. Como o planejamento é um processo “contínuo e dinâmico” (Paulo; Niederauer, 2013, p. 266), planejar essas ações (procedimentos) configura um movimento de (re)construção das etapas subsequentes, ou seja, isso faz com que os planejamentos clínicos se caracterizam num planejamento que deve ser (re)elaborado conforme as necessidades e as novas informações (dados atualizados) fornecidas pelo partilhante, possibilitando que essas informações se transformem em novos dados, e, conseqüentemente, viabilizando novas análises. Dessa forma, as características apresentadas por esses planejamentos clínicos fazem dele um

¹⁴ Estrutura de Pensamento (EP). O termo estrutura designa um conjunto de elementos - conjunto de Tópicos, no caso da Filosofia Clínica - relacionados entre si que formam uma relação de interseções onde o que importa é a noção de conjunto e não um elemento ou tópico isolado. A configuração desse conjunto é como o indivíduo estrutura seu pensamento e, podendo ser o caso ou não, suas atitudes e modos de ser. Cada configuração é única, irrepetível, portanto singular. Acesso em: 07 nov. 2022. Por meio de postagem de 17 de julho de 2020 na página do *Facebook* da **Epoché Filosofia Clínica**, é possível Cf. bela imagem ilustrativa da EP, podendo ser acessado pelo *link* a seguir: <https://www.facebook.com/fernandofilosofiaclinica/photos/a.862218247180495/3110603925675238/?type=3>.



processo cíclico (Packter, Caderno A, p. 19), isto é, eles se repetem quantas vezes for necessário o procedimento. Portanto, pode-se concluir que o planejamento induz a condução das etapas subsequentes.

3.2. PLANEJAMENTOS CLÍNICOS E BASES CATEGORIAS

Discutiu-se, anteriormente, a necessidade do planejamento seguir um método, que pode-se dizer adquire características científicas. A ciência, por sua vez, necessita da sistematização do conhecimento científico para poder organizar as etapas dos processos que compõem o estudo de determinado fenômeno. Isso faz com que, uma sistematização seja necessária para poder estruturar as etapas pelo qual esse estudo seja elaborado. Assim, essa organização dos conceitos científicos se assemelha ao conceito de categorias, proposto inicialmente por Aristóteles, que serve como base da lógica aristotélica:

O estudo das categorias propostas por Aristóteles possui fundamental influência na elaboração do conhecimento científico. As categorias são gêneros supremos que classificam todas as coisas e as diferenciam umas das outras, com base no estudo das definições de gênero, espécie, diferença, próprio e acidente. A aplicação destes conceitos é a base do estudo da lógica aristotélica e fundamento para a elaboração de definições, empreendimento tão essencial ao conhecimento científico. (Xavier, 2008, p. 57)

Segundo Packter, as bases categoriais estão associadas ao cientificismo baconiano e ao cartesianismo, além de ser aristotélico-kantiano, dentre outras:

Na colheita das categorias aristotélicas-kantianas, cujo objetivo é localizar existencialmente a pessoa (questões imediatas e remotas, situações atuais e de cada momento de vida, histórico, sensações, temporalidade e relações com os objetos importantes), o filósofo usa de historicidade, fenomenologia, empirismo e analítica da linguagem, essencialmente. Paulo Rodrigues e Nereu Haag, filósofos clínicos, lembram ainda um uso reiterado de noções cartesianas. [...] Acho que incrustados aos métodos relacionados, há muito de Bacon, muito de cientificismo e de indução, há experimentalismo também, entre alguns outros. (Packter, 2020, p.19)

Além disso, Packter fez modificações do modelo metafísico aristotélico para representar as bases categoriais, ou, como ele chama, os exames categoriais, para explicar como as estruturas informais do intelecto estão organizadas:



Muito bem, como o clínico trabalhará com tais estruturas informais do intelecto? Qual a ordenação inicial, a classificação? [...] Usamos uma derivação do modelo metafísico aristotélico do ser apresentado nos Exames Categoriais e, então, os predicamentos consequentes em sua lógica formal. A aplicação em clínica exigiu modificações fundas que acabaram por transformar a forma do entendimento do grande mestre estagirita. (Idem, 2020, p.23)

Pode-se ver, dessa forma, que Packter buscou na interpretação das categorias de Aristóteles (além de inúmeros outros autores) uma fonte de classificação dentro daquilo que considera fundamental na contextualização da localização existencial do ser.

Todavia, as bases categoriais (exames categoriais), dentro da filosofia clínica, representam a forma como o partilhante se encontra no seu ambiente existencial. Elas estão organizadas e/ou divididas em 5 categorias, as quais são listadas abaixo:

- Assunto (imediatos, último)¹⁵;
- Circunstância;
- Lugar;
- Tempo;
- Relação.

Isso permite, ao terapeuta, a formação de conceitos iniciais acerca do partilhante/ser, na busca por interpretações do universo no qual o mesmo pertence, interage e está inserido, como relata Aiub¹⁶:

Os Exames Categoriais são exames iniciais, consistem em conhecer o universo no qual o partilhante está inserido: seu contexto social, político, econômico, cultural, educacional, familiar, suas relações, como lida com o tempo, com o próprio corpo, com o ambiente, com suas idéias, onde mora, em que trabalha, o que estuda, o que viveu, etc. (Aiub, 2005, p. 2).

Para Packter, esses exames iniciais buscam localizar existencialmente o ser:

Exames Categoriais são exames iniciais cujo objetivo é o de localizar existencialmente a pessoa. Exemplo: onde mora, qual o idioma, como é a situação política e histórica em seu país, e assim sucessivamente. (Packter, 2020, p. 7).

¹⁵ Note que, a categoria assunto é dividida em duas subcategorias: assunto imediato e assunto último. Assunto imediato é a queixa inicial trazida pelo partilhante, enquanto o assunto último é aquele que vai ser trabalhado na clínica.

¹⁶ Para ler na íntegra o artigo completo que fora publicado originalmente em meio físico na Revista Informação Dirigida, também pode ser encontrado disponível em meio digital pelo seguinte *link*: <https://livrozilla.com/doc/434207/o-in%C3%ADcio-da-cl%C3%ADnica--exames-categoriais>. Acesso em: 13 jun. 2022.



Por fim, a exploração dessas 5 bases categóricas permitem ao terapeuta ter uma visão sobre o mundo existencial do outro, ou seja, como Packter se refere “uma representação para si mesmo da representação do outro”.

Portanto, ao longo do planejamento, que é dinâmico, as bases categoriais devem ser dinâmicas também, permitindo a interpretação daquilo que fica explícito na fala do partilhante, mas também daquilo que está nas entrelinhas das mesmas, aquilo que fica oculto, permitindo que o terapeuta possa organizar constantemente suas interpretações, e assim dar sequência à próxima etapa do processo clínico, ou seja, ocorrerá: uma (re)organização, uma (re)interpretação e um (re)planejamento. Assim, as bases categoriais formam um conjunto de informações e interpretações que descrevem a forma/maneira de conhecer esse universo existencial único do partilhante, fator essencial para o transcorrer do restante dos planejamentos clínicos.

3.3. PLANEJAMENTOS CLÍNICOS E DADOS DIVISÓRIOS PRIMEIRA E SEGUNDA LEVA

Dentro da filosofia clínica, o procedimento dos dados divisórios se caracteriza em compreender as questões que não ficaram explícitas, ou, ainda, que não ficaram claras durante o relato da historicidade. Assim, é papel do terapeuta re-examiná-las, com o objetivo de buscar as incongruências dentro de algumas falas, fazendo dessas, falas inconclusas, opacas, não esclarecedoras, indeterminadas. Dentro do contexto da filosofia clínica, essa ideia de re-examinar essas falas inconclusivas, por assim dizer, se traduz na busca por questões que se encontram esparsas, quebradas de contexto, espalhadas e fragmentadas no relato da historicidade. Isso é bem descrito por Packter, em seu Caderno J, enfatizando a consistência dada às informações:

Os dados divisórios servem para maior entendimento das questões esparsas, quebradas do contexto, espalhadas e fragmentadas sem um canto de repouso e de referência. Eles dão consistência às informações anteriores, dirimem dúvidas, explicam minúcias das experiências vividas. (Packter, 1997, p. 12)

Isso possibilita ao terapeuta uma consistência nos dados colhidos na historicidade, e conseqüentemente, nas informações posteriores. Assim, de uma forma minuciosa, o terapeuta, através dos dados divisórios, busca pela maior quantidade de detalhes possíveis, permitindo uma leitura mais detalhista e esclarecedora acerca do



relato do partilhante, e, concomitantemente, possibilita entender como ocorrem as movimentações existenciais do mesmo.

Contudo, os dados divisórios representam demarcações sequenciais dentro dos períodos de tempo dos relatos da historicidade por parte do partilhante, complementando portanto, que a cada novo relato, novas informações sejam fornecidas. Isto é, obtendo novos detalhes e possibilitando com que novas interpretações sejam realizadas, viabilizando novos dados divisórios. Conforme Goya:

Dados divisórios: demarcações sequenciais, processos de partilha entre períodos amplos da narração da historicidade do partilhante, em que este relata novamente as suas vivências. Provocam um maior entendimento, dando consistência, acrescentando pormenores, às informações anteriores. Esclarecem dúvidas, explicam situações antes aparentemente fragmentadas, esparsas etc. No caso de uma historicidade já suficientemente detalhada, é possível realizar um mínimo de divisões. No caso oposto, mais dados divisórios são feitos sobre os antecedentes. O filósofo deve manter os devidos cuidados na eventualidade de se deparar com um momento doloroso do outro, podendo isso até impedir a continuidade do processo. (Goya, 2010, p. 64).

Isso pode ser visto, também, em Claus (Magalhães):

São dados colhidos do histórico da pessoa que corresponde aos acontecimentos ordenados entre dois fatos determinados. Os dados divisórios servem para o entendimento de questões esparsas, quebradas do contexto, espalhadas e fragmentadas sem um canto de pouso e de referência. Diz Packter que, com os dados divisórios, o filósofo irá fundamentar melhor seu conhecimento da vida da pessoa fazendo remissões pertinentes, explanatórias, da vida da pessoa. Pergunta o que houve entre o período X e Y; o que aconteceu entre as idades A e B e etc e tal. Com isso, o filósofo terá as outras três categorias: Lugar, Tempo e Relação. (Magalhães, 2011, p. 125).

Dessa forma, os dados divisórios podem ser interpretados como releituras da historicidade, buscando complementar as lacunas presentes no relato do partilhante, operando de forma cíclica, ou seja, acompanhando o dinamismo dos planejamentos clínicos. Portanto, seu objetivo é buscar, de uma forma detalhada e consistente, pela construção de um relato mais preciso da descrição do mundo existencial que o permeia, ou seja, interpretar de uma forma mais concisa os detalhes/informações que emergem de cada etapa dos dados divisórios realizados. Lembrando que a quantidade de vezes que esse processo se realiza não define os resultados, mas, sim, a qualidade com que esse processo transcorre, isto é, o processo dos dados divisórios ocorre de forma qualitativa.

Assim, acompanhando os planejamentos clínicos, os dados divisórios operam de forma dinâmica. Mesmo assim, os mesmos não conseguem aferir e suprir todas as



lacunas. Dessa forma, um novo procedimento, ou ainda um novo planejamento é introduzido/realizado. Esse tema será discutido posteriormente neste trabalho.

3.4. PLANEJAMENTOS CLÍNICOS E ENRAIZAMENTO

Seguindo a mesma linha do procedimento dos dados divisórios, o enraizamento se caracteriza por ser um procedimento que tem como finalidade esclarecer as lacunas deixadas na etapa anterior, ainda que o mesmo tenha sido realizado inúmeras vezes (pois, como visto no tópico anterior, a quantidade não define os resultados, mas sim, a qualidade do procedimento). Portanto, esse refinamento é uma condição normal e necessária dentro dos planejamentos clínicos, e é conhecido como enraizamento, que, dentro da filosofia clínica, é o procedimento que busca eliminar os equívocos de linguagem. Esse procedimento é caracterizado por ser um processo único, singular e dinâmico, ou seja, cada caso é um caso à parte. Isso é justificado por Silva, M. F. A:

O procedimento de eliminar os equívocos da linguagem, também é usado pela Filosofia clínica, através de ‘enraizamentos’. A linguagem do Partilhante pode aparecer cheia de equívocos dos mais variados tipos. Equívocos estruturais, de conteúdo, de linguagem, de emprego de palavras etc. (Silva, M. F. A, 2007 p. 19).

Dessa forma, os enraizamentos tem como objetivo ajudar o terapeuta a entender a falta de clareza, ou ainda, a decorrência de dados repetitivos ao longo do relato da historicidade do sujeito. No entanto, tal procedimento pode ser realizado de forma paralela aoanterior, isto é, os dados divisórios e o enraizamento podem ser realizados concomitantemente. Entretanto, o risco de ocorrerem desdobramentos e complexidades inter-relacionadas ao andamento simultâneo dos mesmos (paralelismo), se torna comum nesse tipo de abordagem, podendo levar à rumos alienados. Isso fica evidente em Packter, em seu Caderno J:

Freqüentemente, os enraizamentos são efetivados após os dados divisórios, mas podem ser realizados paralelamente. No entanto, é aconselhável que o filósofo clínico somente se utilize de tal paralelismo quando possuir prática clínica suficiente para evitar se perder em desdobramentos e complexidades comuns a alguns processos. Isso porque o enraizamento pode tomar rumos alienados ao processo clínico diante das mais pequenas distrações por parte do filósofo. (Packter, 1997, p. 13).



Sobre os indícios, que indicam a necessidade de realizar o enraizamento, eles normalmente advém de repetições recorrentes apresentadas na fala do partilhante, indicando o momento em que uma investigação mais ampla deve ser feita/realizada, a fim de buscar mais detalhes. Isso é corroborado por Aiub:

Quando, nas divisões, a pessoa começa a repetir, o filósofo clínico tem um indício de que pode revelar a necessidade de iniciar uma pesquisa mais profunda, provocando, agora, a pessoa a relatar com mais detalhes pontos específicos, e acompanhar seu processo, identificando as formas como conduz seu existir. (Aiub, 2010, p. 35)

Estes detalhes podem servir como indicadores de novas informações relacionadas a pontos específicos, onde, os mesmos podem conter tópicos determinantes dentro da estrutura de pensamento do sujeito, e, conseqüentemente, podem ser considerados prováveis assuntos últimos.

Com isso, pode-se concluir que os enraizamentos são um procedimento de cunho fundamental dos planejamentos clínicos realizados dentro da filosofia clínica, pois abordam lacunas e realizam o refinamento dos pontos específicos que ocorreram de maneira implícita, de tal forma que, os enraizamentos e os planejamentos clínicos estão diretamente conectados. Percebe-se, então, que o procedimento dos enraizamentos ajuda na elaboração do processo de reorganização estrutural, que é conhecido como autogenia, isto é, a análise final de todos os processos realizados, resultando no último procedimento antes da aplicação dos submodos.

3.5. PLANEJAMENTOS CLÍNICOS E A ESTRUTURA DE PENSAMENTO

O colher do relato de vida do sujeito (historicidade), permite localizá-lo existencialmente em si e no meio no qual ele está imerso (base categorial); assim, a identificação das questões que não ficaram explícitas (dados divisórios) é feita; depois é realizado o esclarecimento das lacunas dos pontos específicos (enraizamento). Isso conduz à montagem da organização dos elementos que sustentam os modos de ser do partilhante, conhecido como estrutura do pensamento. Ela proporciona ao terapeuta a possibilidade de compreender as manifestações dos tópicos que constituem esta estrutura, como pode ser visto em Goya:



É a organização formal somatória de todos os modos de manifestação da consciência existentes em uma pessoa, ordenadas em correlações plásticas que variam subjetivamente ao infinito (Goya, 2010, p. 174).

Assim como os planejamentos clínicos assumem características próprias de dinamicidade, a estrutura de pensamento, de forma independente, também possui essa característica. Portanto, ela não é fixa, rígida ou ainda hermética, mas se caracteriza por podertrilhar um caminho diferente, ou seja, possa ter um outro viés. Dessa forma, ela pode apresentar características próprias que lhe deem uma condição específica de maleabilidade, lhe permitindo, com isso, assumir uma natureza fluida, podendo passar por inúmeras e variadas mudanças. Sobre essa fluidez, Aiub aponta:

Podemos considerar a estrutura de pensamento como a organização dos elementos que compõem e sustentam os modos de ser de uma pessoa. Tal organização é móvel, fluida, acompanha os movimentos da vida, as necessidades dos contextos vividos pela pessoa; mantém algumas de suas ordenações, altera outras; pode aumentar ou diminuir o peso de cada um dos elementos que a constituem; é alterada pelas decisões ou ações da própria, assim como pode ser impactada por decisões ou ações de terceiros, por modificações circunstanciais, por relações estabelecidas, entre muitos outros fatores. (Aiub, 2005, p. 20).

Vale ressaltar a importância que se deve dar à influência do meio no qual o partilhante está inserido, pois o meio que o cerca faz parte do mundo existencial no qual o mesmo está imerso. Isso é verificado em Packter: “A estrutura de pensamento ou simplesmente EP é o modo como a pessoa está existencialmente no ambiente.” (Packter, 2020, p. 31).

Percebe-se, dessa forma, que a estrutura de pensamento é a forma com que são ordenados e organizados os tópicos, como citado anteriormente. Neste mesmo contexto, Prizo descreve que a visão de mundo de cada indivíduo é única, ou seja, existem percepções de mundo tais quais existem indivíduos, descrevendo a singularidade e a particularidade do ser: “O interesse não é pelo conteúdo da narrativa e sim pela forma como a percepção do mundo se estruturou na sua malha intelectual, nos padrões e nas tendências existenciais que tornam cada único no mundo”. (Prizo, 2021, p. 35).

Conclui-se que a estrutura de pensamento e os planejamentos clínicos são independentes, dinâmicos e maleáveis. Assim, os planejamentos permitem que se possa identificar as manifestações tópicas, juntamente com o modo de como elas estão organizadas, e, conseqüentemente elaborar a montagem da estrutura de pensamento, que por sua vez, permite encontrar as conexões e relações entre os tópicos.



3.6. PLANEJAMENTOS CLÍNICOS E SUBMODOS

Após a colheita da historicidade se faz a elaboração dos dados divisórios concomitantemente aos enraizamentos subsequentes. Posteriormente, o procedimento é o de localização existencial do partilhante dentro das bases categoriais e, com isso, a sequência da identificação dos tópicos que compõem a estrutura de pensamento. *A posteriori*, o terapeuta possui informações para identificar e interpretar os modos como o sujeito lida/enfrenta/trabalha com as questões componentes do seu mundo existencial, ou seja, possibilita a identificação dos submodos que o mesmo usa informalmente. Isso é descrito por Packter, quando o mesmo afirma que:

Finalmente, pesquisamos a maneira como a Estrutura de Pensamento se exercita existencialmente ao derivar conceitos em termos e vice-versa: são os submodos informais! A partir daí há todo um estudo no sentido de entender quais os choques determinantes à EP da pessoa e quais os submodos que serão praticamente construídos para usar nestes choques. (Packter, Caderno C, p. 37).

Consequentemente, essa identificação, conhecida na filosofia clínica por submodos, viabiliza (conforme a historicidade do partilhante) um outro viés ao sujeito, ou seja, possibilita outras alternativas, lhe oferecendo uma re-interpretação das questões existenciais. Essa interpretação, via submodo, se caracteriza por ser um procedimento clínico que busca uma harmonização com a singularidade existencial do partilhante:

Os submodos são maneiras que a pessoa possui para expressar, efetivar o que varia em sua EP. Utilizados em clínica, permitem ao filósofo interferir no processo clínico, de modo quase que cirúrgico, sempre é claro de acordo com o histórico da pessoa, e com as determinações da sua estrutura de pensamento (Aiub, 2000, p. 55)

Dessa forma, isso proporciona ao sujeito uma alternativa para responder às suas questões existenciais, lhe permitindo lidar/conviver/viver de uma forma mais harmoniosa/adequada com elas. Para Packter, os submodos se referem ao modo de ser de uma pessoa:

Partir de uma singularidade significa partir de um qualquer- de qualquer um- em sua unicidade. Em outras palavras, significa partir de um ser qualquer em seus modos de ser. Os submodos são justamente isso: um ser em seus modos de ser. A preposição latina *sub* indica tanto a ideia de algo que está submetido e, ao mesmo tempo, como que dentro de algo. Os submodos são os modos de ser em ou sob uma estrutura de pensamento, em ou sob seus modos de olhar/pensar/perceber/sentir um mundo, si mesmo - existência. (Packter, 2020, p. 11).



Note que o autor não define submodos, mas delimita os contornos e características. Segundo ele, existe uma divisão dentro dos submodos: os submodos informais (aqueles que o próprio partilhante usa para lidar com suas questões existenciais) e os submodos formais¹⁷ (aqueles que fazem parte da tábua de submodos, ou seja, aqueles que o terapeuta usa):

Outra coisa é que se investigarmos com cuidado descobriremos que a pessoa usa informalmente uma mistura de submodos de maneiras que podem ser assim:

- a. Uma mescla de três ou quatro para vivenciar a maioria das situações.
- b. Um submodo, de maneira rígida, para quase tudo.
- c. Adapta a cada situação um modo de coisa rara!).
- d. Usa submodos que boicotam o que deseja por imposição da EP.
- e. Usa submodos que afrontam a própria EP.
- f. Usa submodos que congelam, evoluem, paralisam, agitam, confundem, agradam, unificam, dividem, protegem, ameaçam, confortam, amadurecem, fazem segmentar, alienam, conscientizam, comprimem, aliviam, revoltam, pacificam etc etc a Estrutura de Pensamento. (Packter, Caderno C, p. 36).

Assim, percebe-se que o partilhante usa uma gama de submodos informais, tentando com isso resolver e/ou lidar com suas questões existenciais.

Ainda no Caderno C, Packter descreve que essa capacidade de misturar mais de um submodo permite ao filósofo clínico entender o que o submodo representa para esse ser:

Então cabe ao filósofo clínico entender primeiro como um determinado submodo está para a pessoa, antes de fazer uso dele à própria pessoa! Isso porque o indivíduo pode estar usando alguns submodos apenas como consequência das dores existenciais que vive como modo de analgesia (e, entenda bem que analgesia pode ser às vezes a única maneira de se lidar com algo doloroso, por que não?) e tais submodos não lhe servem para outra coisa; o sujeito pode também estar usando um submodo para evitar algo que poderia facilmente enfrentar e banir de vez de sua vida; pode usar uma série de submodos cuja função seja fazê-lo um morto-vivo; pode também usar submodos para se garantir que existencialmente não irá a lugar nenhum. (Packter, Caderno C, p. 37)

¹⁷ Os submodos formais que dizem respeito aos submodos que o terapeuta tem a sua disposição na aplicação dos mesmos na clínica, são divididos em 32, os quais estão listados a seguir: 1) em direção ao termo singular, 2) em direção ao termo universal, 3) em direção às sensações, 4) em direção às ideias complexas, 5) esquema resolutivo, 6) em direção ao desfecho, 7) inversão, 8) recíproca de inversão, 9) divisão, 10) argumentação derivada, 11) atalho, 12) busca, 13) deslocamento curto, 14) deslocamento longo, 15) adição, 16) roteirizar, 17) recepcionar, 18) esteticidade, 19) esteticidade seletiva, 20) tradução, 21) informação dirigida, 22) vice-conceito, intuição, 24) retroação, 25) intencionalidade dirigida, 26) axiologia, 27) autogenia, 28) epistemologia, 29) reconstrução, 30) análise indireta (função, ação, hipótese, experimentação), 31) expressividade, 32) princípios de verdade.



A escolha de um determinado submodo pode acarretar em riscos, como, por exemplo, um efeito que pode ser insignificante ou, até mesmo, potencializar ainda mais um determinado problema:

O risco que o filósofo clínico corre é o de usar um submodo que terá desde um efeito insignificante até o de problematizar mais o que já era problemático, e, ainda, por algum feliz lance de sorte, alcançar um objetivo clínico que era esperado - tudo isso caso não faça os exames categoriais e a respectiva Estrutura de Pensamento. (Packter, Caderno C, p. 37)

Sobre o tempo com que o submodo será utilizado, isso depende do transcorrer da clínica, onde: **“O uso de um submodo varia conforme a necessidade. De poucos segundos até dois meses, de acordo com os caminhos que a terapia toma.”** (Packter, Caderno C, p. 37).

Uma outra visão a respeito dos submodos está na análise de Goya, que traz uma definição de submodos relacionada com as maneiras com que os indivíduos se comportam e atuam na efetivação das suas vontades:

[...] modos de vivências da estrutura de pensamento. As maneiras como a pessoa expressa seus comportamentos e atuações no esforço de efetivar sua vontade. Somam trinta e dois procedimentos conhecidos que, uma vez combinados com as cinco categorias existenciais em associações múltiplas e recorrentes, expõem incontáveis formas de agir, caracterizando as individualidades. Os submodos inevitavelmente se complementam e se alternam em constante revezamento durante suas aplicações. (Goya, 2010, p. 94).

Na visão de Goya, os submodos são as formas (modos) de vivência que se realizam dentro da estrutura de pensamento, ou seja, os submodos que vão ser aplicados pelo terapeuta serão os submodos que causarão uma alteração na estrutura de pensamento do sujeito (intervenção). Percebe-se, ainda, que existe uma complementaridade entre os submodos, bem como uma alternância no uso dos mesmos, e conseqüentemente na aplicação desses.

Portanto, os submodos constituem um conjunto de modos utilizados pelo partilhante, permitindo ao mesmo lidar com o seu mundo existencial, ou seja, a forma como ele encontra para resolver suas questões existenciais. A utilização dos mesmos (ao todo são 32 submodos formais) permite que o terapeuta possa fazer intervenções, baseadas na historicidade e na estrutura de pensamento. Percebe-se, ainda, que os submodos podem ser classificados em dois grandes grupos, conforme a classificação na literatura: I. **Submodos informais**; e II. **Submodos formais**.



Após esta contextualização acerca dos procedimentos dos submodos, faz-se necessário responder à seguinte questão: Qual a relação entre os submodos e os planejamentos clínicos?

Como citado anteriormente por Paulo & Niederauer (2013), pode-se concluir que os planejamentos clínicos são, em partes, a aplicação dos submodos, ou seja, são um processo de intervenção, proposto pelo terapeuta. Essa ação possibilita uma reestruturação/reorganização das movimentações dos tópicos na estrutura de pensamento do partilhante. Dessa forma, podemos concluir que os submodos permitem que essas movimentações ocorram, servindo como meio para tal¹⁸.

Em contrapartida, Packter, em seu Caderno N, entende que os planejamentos clínicos abrangem todo o processo dentro da filosofia clínica, ou seja, os múltiplos planejamentos clínicos estão conectados e inter-relacionados (assim como todo o processo da filosofioclínica está), de tal forma que, os procedimentos transcorreram com naturalidade, viabilizando um processo clínico com características singulares: nitidez, ciclicidade e dinamismo.

Percebe-se que essas duas linhas de pensamento demonstram que estes dois procedimentos estão conectados. Portanto, entendemos que a aplicação dos submodos se constitui numa parte dos planejamentos clínicos, ou seja, não existe aplicação submodal sem planejamento clínico anterior.

4 CONCLUSÃO

Da atitude filosófica, associada a essa ‘maneira de viver’, entendemos que o sujeito pode fazer uma releitura da sua própria vida, ou ainda, dentro da filosofia, se propor a uma busca pelas máximas socráticas: “Conhece-te a ti mesmo” e “Sei que nada sei”. Essa atitude (filosófica) permite que um certo distanciamento (das coisas, das relações e do meio) possa acontecer.

De fato, esse distanciamento viabiliza uma auto-compreensão (auto-conhecimento). Conseqüentemente, esse ser pode, com esse viés, interpretar as questões do seu mundo existencial. Subseqüentemente, pode-se fazer uma (auto) análise, e dela, algumas limitações de autoconhecimento podem surgir. Essas limitações podem levar a uma busca por ajuda, ou seja, a busca por terapia.

¹⁸ No caso dos submodos formais.



A partir da terapia, questões existenciais e contemporâneas, que tratam o ser como um ser complexo e singular, podem surgir, e ser elencadas e consideradas posteriormente. Dessa forma, esse ser contemporâneo necessita de uma terapia que, também seja contemporânea (abrangente), que possa analisar os fatos, as questões e os problemas atuais.

A filosofia clínica se propõe a lidar com essas situações e questões, por ser uma terapia contemporânea. Ela adota, por exemplo, alguns procedimentos que possibilitam que esse ser possa refletir sobre as suas próprias limitações (dentre elas as máximas socráticas) como uma forma de re-interpretar e propor alternativas a essas mesmas questões.

Sobre esses procedimentos, o planejamento clínico se destaca por ser o procedimento responsável por traçar um roteiro, ou seja, ele tem como objetivo nortear todo o processo, dando-lhe um rumo. Se caracterizando por ser um processo contínuo e dinâmico, consistindo num conjunto de procedimentos que são intencionalmente mesclados, integrados e orientados. Assim, o planejamento clínico é o procedimento que permite o bom e o devido andamento do processo terapêutico, onde, na sua ausência, a terapia pode se tornar uma terapia sem rumo. Dessa forma, considerando a singularidade de cada partilhante, pela historicidade narrada (sua história de vida), a historicidade, juntamente com o planejamento clínico, são os procedimentos que guiam todo o processo da terapia filosófica.

Por fim, o planejamento clínico, estruturalmente falando, consiste numa sequência de procedimentos, previamente organizados, fluidos e dinâmicos. Ele se estrutura de tal modo que, inicia com a colheita da historicidade, passando para a identificação das bases categoriais, que permitem a formulação dos dados divisórios, levando ao preenchimento das lacunas dos pontos específicos através dos enraizamentos, conduzindo à elaboração/montagem da estrutura do pensamento, e conseqüentemente, finalizando com a aplicação submodal.

REFERÊNCIAS

AIUB, M. O início da clínica: aproximações e exames categoriais. **Revista Informação Dirigida**, Porto Alegre - RS, v. 1, n.1, p. 11-27, Jan-Jun 2005, 13p. Disponível em: <https://livrozilla.com/doc/434207/o-in%C3%ADcio-da-cl%C3%ADnica--exames-categoriai.%20O%20in%C3%ADcio%20da%20Cl%C3%ADnica:%20aproxima%C3%A7%C3%B5es%20e%20Exames%20Categoriais>. Acesso em: 27 abr. 2023.



AIUB, M. **Para entender filosofia clínica: o apaixonante exercício do filosofar**. Rio de Janeiro: Wak, 2004.

ARAÚJO, Sérgio Eduardo Alonso *et al.* Impacto da COVID-19 sobre o atendimento de pacientes oncológicos: experiência de um centro oncológico localizado em um epicentro latino-americano da pandemia. **Einstein**, São Paulo, v. 19. 2020. Disponível em: <https://journal.einstein.br/pt-br/article/impacto-da-covid-19-sobre-o-atendimento-de-pacientes-oncologicos-experiencia-de-um-centro-oncologico-localizado-em-um-epicentro-latino-americano-da-pandemia/>. Acesso em: 27 abr. 2023.

ASSMANN, Selvino José. **Filosofia e ética**. Florianópolis: CAPES, 2009.

CASTRO, Aldemar Araujo; CLARK, Otávio Augusto Camara. **Planejamento da pesquisa**. São Paulo: AAC, 2001, p. 01-15.

EUBANK, S. *et al.* *Commentary on Ferguson, et al. "Impact of non-pharmaceutical interventions (npis) to reduce covid-19 mortality and healthcare demand"*. **PubMed/Springer Nature (Bulletin of Mathematical Biology)**, v. 82, n. 4, artigo n. 52, 08 abr. 2020. 7 p. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11538-020-00726-x>. Acesso em: 27 abr. 2023.

FERGUSON, N. *et al.* *Report 9: Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID19 mortality and healthcare demand*. **Imperial College, London**, 16 mar 2020. 20 p. Disponível em: <https://spiral.imperial.ac.uk/handle/10044/1/77482>. Acesso em: 27 abr. 2023.

FERNANDES, Cláudio *et al.* (org.). **Filosofia Clínica: Submodos**. São Paulo: Recanto da Filosofia Clínica, 2020.

GOYA, Will. **A Escuta e o Silêncio: lições do diálogo na filosofia clínica = Listening and silence: lessons from dialog in clinical philosophy** / Will Goya; tradução Clare Charity; revisão Fernanda Moura. Goiânia: Ed. da PUC Goiás, 2010. 422p.

JAPIASSÚ, Hilton; MARCONDES, Danilo. **Dicionário básico de filosofia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

LIMA, José Gabriel de Oliveira; SILVA, Márcio José Andrade da (Orgs.). **Apostila 1 – Introdução à Filosofia Clínica**. Campinas-SP: Instituto de Filosofia Clínica de Campinas e Região, 2015. 48 p. Disponível em: <https://institutosendtko.eadbox.com/ng/student/courses/programa-de-p-s-graduacao-lato-sensu-em-filosofia-clinica-ead/lectures/mes-01-apostilas-introducao-em-filosofia-clinica/contents/5e2097b63cb6320037929de2/>. Acesso em: 20 out. 2022.

MAGALHÃES, Marta Claus. **A possibilidade da historicidade do partilhante como fundamentação teórica da prática clínica**. 2011. 127 f. Tese (Doutorado em Filosofia – Área de Concentração Filosofia Clínica) – Instituto Packter, Porto Alegre, 2011.

MEDICINA S/A. **23% das mulheres tiveram consulta cancelada durante a pandemia**. Disponível em: <https://medicinas.com.br/pandemia-consultas/>. Acesso em: 27 abr. 2023.



PACKTER, Lúcio. **Caderno A, Filosofia Clínica**. Porto Alegre: Mikelis, 2020. 67 p.

PACKTER, Lúcio. **Caderno J: especialização em filosofia clínica**. Porto Alegre: Instituto Packter. 39 p.

PACKTER, Lúcio. **Caderno N: planejamento clínico**. Porto Alegre: Instituto Packter. 79 p.

PACKTER, Lúcio. **Cadernos de Filosofia Clínica**. In: Caderno H. p. 11. Porto Alegre: Instituto Packter, 1997.

PAULO, Margarida N.; NIEDERAUER, Mariza Z. **Compêndio de filosofia clínica: caso Nina**. Rio de Janeiro: Livre Expressão, 2013. 306 p.

PAVIANI, Jayme. Dialética e linguagem em platão. **Veritas**, Porto Alegre, v. 40, n. 160 p. 729-739, 1995. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/index.php/veritas/article/view/36022/18927>. Acesso em: 23 ago. 2023.

PEDROSA, Rose. **Historicidade: narrativa existencial**. Porto Alegre: Mikelis, 2017. 36p.

PRIZO, Paula Regina Medeiros. **Filosofia clínica: a busca pela liberdade do Ser**. [monografia]. Rio de Janeiro: IFCH/UERJ, 2021.

REDE ENEM. **Blog do Enem**, Florianópolis-SC. Postado em 13 julho, 2018; atualizado em 03/10/2020 às 10:41. MITO da caverna. Disponível em: <https://blogdoenem.com.br/mito-da-caverna-platao-enem/>. Acesso em: 03 jun. 2023.

SETE (7) GRAUS. **Toda Matéria**, © 2011 – 2023. O Mito da Caverna: a Filosofia de Platão para o Enem. Disponível em: <https://www.todamateria.com.br/mito-da-caverna/>. Acesso em: 03 jun. 2023.

SILVA, M. F. A. **Filosofia para filósofos clínicos – 1. Os métodos: fenomenologia da linguagem; analítica da linguagem**. São João del-Rei: Gráfica TwanGibella, 2007.

SILVA, N. C. A. *et al.* O papel do hospital universitário na comunicação confiável e transparente na pandemia covid-19. **Revista Qualidade HC**, p. 225-238. 14 p. Disponível em: <https://www.hcrp.usp.br/revistaqualidadehc/uploads/Artigos/304/304.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2023.

SILVA, Noal. **Recomendações e orientações em saúde mental e atenção psicossocial na covid-19**, 2020. 343 p.

WANG, Cuiyan *et al.* *Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China*. **International journal of environmental research and public health**, v. 17, n. 5, p. 1729, 2020. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/5/1729>. Acesso em: 23 ago. 2023.



XAVIER, Beatriz Rêgo. As categorias de Aristóteles e o conhecimento científico. **Pensar**, Fortaleza, v. 13, n. 1, p. 57-64, jan./jun. 2008, 8 p. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3035745/mod_resource/content/1/As%20categorias%20de%20Arist%C3%B3teles%20e%20o%20conhecimento%20cient%C3%AAdfico.pdf. Acesso em: 23 ago. 2023.

XENOFONTE. Banquete, Apologia de Sócrates. Tradução do grego, introdução e notas de Ana Elias Pinheiro. **Centro de Estudos Clássicos e Humanísticos**, Coimbra, Portugal: Coimbra University Press, 2008 (Coleção Autores Gregos e Latinos Série Textos). Disponível em: https://ucdigitalis.uc.pt/pombalina/download/wqfDk8Kjw4XDg8ONw47CosKRXWxnZWXCncKRwpnCmWnClGJraA==/xenofonte_banquete_apologia_de_socrates.pdf. Acesso em: 23 ago. 2023.

XIAO, Chunfeng. *A novel approach of consultation on 2019 novel coronavirus (COVID-19)-related psychological and mental problems: structured letter therapy. **Psychiatry investigation***, v. 17, n. 2, p. 175, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.30773/pi.2020.0047>. Acesso em: 23 ago. 2023.

* Mestrando do Curso de Pós-Graduação *Stricto Sensu* do Instituto Sendtko de Ensino Superior Chapecó-SC – Mestrado Livre e Institucional em Filosofia Clínica (PPG-ML1-FC). E-mail: josue2015@yahoo.fr